附件4

**唐山市医疗保障局**

**医保定点医药机构联网集成验收表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（章） |  | | | | | 医药机构代码 | |  |
| 单位地址 |  | | | | | | | |
| 负责人 |  | 负责人电话 | |  | | 负责人身份证号 | |  |
| 联系人 |  | 联系人电话 | |  | | | | |
| 类型 | 新增 迁址 | | | | | | | |
| 情况说明 | 填表人： 年 月 日 | | | | | | | |
| 客户端备案 | 客户端用途 | | IP地址 | | | | MAC地址 | |
|  | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
| 防病毒软件 | 软件名称 | | 工作站数量 | | | | 服务器数量 | |
|  | |  | | | |  | |
| 信息办  技术人员 | 1.安全协议 | | | | 5.系统录入 | | | |
| 2.培训分数 | | | | 6.集成完成 | | | |
| 3.网络联通 | | | | **备注：** | | | |
| 4.情况核实 | | | |
| 软件公司 |  | | | | | | | |
| 定点单位 | **集成验收完成，单位在此栏填写确认信息。**  单位负责人签字（章）：  年 月 日 | | | | | | | |